


Aus dem Elisabeth-Diakonissen- und Krankenhause zu Berlin.

Ueber einen Fall v. sarkomatöser Degeneration des Abdominalhodens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Meiser,

approb. Arzt

in Harsefeld (Hannover).

KIEL,

Druck von P. Peters

1898.






Aus dem Elisabeth-Diakonissen- und Krankenhause zu Berlin.

Ueber einen Fall von sarkomatöser Degeneration des Abdominalhodens.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Meiser,

approb. Arzt

in Harsefeld (Hannover).

KIEL,

Druck von P. Peters

1898.

No. 16.
Rektoratsjahr 1898/99.
Referent: Dr. Heller.
Druck genehmigt:
Dr. Heller, z. Zt. Dekan.

Seinem lieben Bruder Georg

gewidmet

vom Verfasser.

Bei der den retinirten Hoden eigentümlichen Disposition, ihren Ausgang in bösartige Geschwülste zu nehmen, ist es eine auffallende Thatsache, dass zu dieser Degeneration weit häufiger die im Leistenkanal zurückgehaltenen Hoden als die in der Bauchhöhle retinirten Hoden neigen. Der Grund für diese Erscheinung liegt einerseits in der grösseren Häufigkeit der Leistenhoden selbst gegenüber den Abdominalhoden, andererseits in der Häufigkeit der traumatischen Einwirkungen, denen die ersteren infolge ihrer weniger geschützten Lage weit eher ausgesetzt sind.

In der Litteratur sind zahlreiche Fälle bekannt, in denen der retinirte Leistenhoden den Ausgangspunkt bösartiger Geschwülste bildet.

So führt Godard [1]) unter 38 Fällen von Kryptorchismus 6 Fälle von maligner Degeneration des Leistenhodens an.

E. J. Spry (Lancet 1857. I. pag. 25) beobachtete einen analogen Fall, bei dem eine traumatische Einwirkung die Gelegenheitsursache zur Geschwulstbildung war.

Scymanowsky [2]) hat 3,

Kocher [3]) 12 weitere Fälle aufgeführt und zu diesen (bisher 54) Fällen hat

v. Kahlden [4]) noch 4 analoge hinzugefügt.

---

[1]) Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie. Paris 1857.

[2]) Ueber einige angeborene und erworbene Fehler in und an den Genitalien kinderloser Eheleute. Prager Vierteljahrsschrift 1864. pag. 1—30.

Derselbe: Die Inguinaltestikel. Prager Vierteljahrsschrift 1868. 2. Bd. pag. 56—71.

[3]) Handbuch der allgemeinen und spec. Chirurgie von Pithe-Billroth III, pag. 122.

[4]) Ueber Neubildungen bei Kryptorchidie und Monorchidie. Münch. med. Wochenschr. 1887, Nr. 31.

Ausser einigen Beobachtungen, in denen der Hoden erst in der Pubertätszeit herabgestiegen war und dann erst sarkomatös entartete — Beobachtungen, die streng genommen nicht hierher gehören — ist ferner

ein Fall durch Boeckel [5]) bekannt geworden, der ein Sarkom des linken Leistenhodens operirte.

Ferner erwähnt Charles Monod [6]) ein „cancer reticulé" des Leistenhodens, und

Otto [7]) berichtet über weitere 4 Fälle von Leistenhoden, die sarkomatös entartet sind.

Schliesslich erwähnt Maydl [8]) einen analogen Fall.

Diesen mir aus der Litteratur bekannten 64 Fällen von degenerirten Leistenhoden stehen nur ganz vereinzelte Beobachtungen über den Ausgang bösartiger Geschwülste von abdominalen Hoden gegenüber. Dies sind:

1. ein Fall von Maydl (l. c.), der einen linksseitigen Abdominalhoden operirte.

2. ein Fall von Kahlden (l. c.), der über einen rechtsseitigen Abdominalhoden berichtet, welcher nicht operirt wurde.

3. eine analoge Beobachtung, die ebenfalls einen rechtsseitigen nicht operirten Abdominalhoden betraf, machte Johnson [9]).

4. Aller Wahrscheinlichkeit gehört hierher auch ein von Butjagin [10]) erwähnter Fall, der auch nicht operirt wurde.

---

[5]) Marlier und Boeckel. Jahresberichte 1881, pag. 234.

[6]) De la castration dans l'ectopie inguinale du testicule. Paris 1879; und das Referat von Terillon: Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris. T. VI. Paris 1880, pag. 45.

[7]) Vier Fälle von Sarkom des retinirten Hodens. Dissertation Halle 1886.

[8]) Beitrag zur Casuistik der Laparotomie beim Manne. Allg. Wiener med. Zeitung 1885. Nr. 47.

[9]) Med. chir. Transact. XLII, pag. 15—22. Ref. Schmidts Jahrbücher, Bd. 108, pag. 66.

[10]) Sarkom des Hodens in der Bauchhöhle. Chirurgische Annalen 1895, pag. 390.

Ein Fall von Lewinsky [11]) kann streng genommen nicht hierher gerechnet werden, da die Neubildung im Leistenkanal entstanden und erst secundär in die Bauchhöhle hineingewachsen war.

Bei dem zuerst erwähnten Falle (Maydl) war der das Abdomen fast völlig einnehmende Tumor kombinirt mit beiderseitiger Leistenhernie und beiderseitigem Kryptorchismus. Der rechte Testikel war atrophisch im Inginalkanal nachweisbar, der linke nirgends auffindbar. Ausserdem bestand Hypospadie. Die Operation verlief gut; doch zeigten sich bereits in wenigen Wochen Recidive. Die zum zweiten Male vorgenommene Operation überlebte Patient nur 3 Tage.

Auffallend übereinstimmend scheint das äussere Bild dieses von Maydl erwähnten Tumors nach seiner Exstirpation mit dem von mir unten näher zu beschreibenden zu sein (cf. Fig.): „An der Seite des Tumors ist der abgebundene aus den Samenstranggefässen und Vas deferens bestehende Stiel implantirt, in dessen Nähe die flach ausgebreitete Epididymis mit ihren Hydatiden deutlich sichtbar ist.“ (Allg. Wien. med. Zeitg. 1885, Nr. 47.)

In dem zweiten von v. Kahlden beschriebenen Falle handelte es sich um einen 44jährigen Mann, bei dem sich der in der Bauchhöhle zurückgebliebene rechte Hoden zu einer sehr umfangreichen Geschwulst entwickelt hatte. Beiderseits fand sich ein reponibler Leistenbruch. Eine Operation wurde nicht vorgenommen und Patient starb unter zunehmender Kachexie nach noch nicht 2monatlicher Beobachtung. Die Section ergab einen mit Netz und Bauchwand verwachsenen, 5960 g schweren, 76 cm im Umfang messenden Tumor und zahlreiche Metastasen in Leber, Peritoneum, Netz und retroperitonealen Lymphdrüsen. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor als ein grosszelliges Myxosarkom.

Ebenfalls rechtsseitig sass der von Johnson beschriebene Abdominalhoden, welcher sich durch rasches Wachstum auszeichnete und unter steter Abnahme der Kräfte zum Tode führte.

---

[11]) Wochenblatt der Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte 1857. Nr. 35.

Bei der Löslösung des mit den Bauchdecken verwachsenen Tumors entleerte sich eine grössere demselben aufsitzende Cyste. Das Gewicht des Tumors betrug 16 Pf. An seiner unteren Fläche sass eine grössere Vortreibung mit glatter von einer bläulich-weissen Kapsel überzogenen Oberfläche. Diese Kapsel breitete sich nach oben aus und verlor sich allmählich über die Geschwulst. Das ganze normale Vas deferens ging zur Rückseite dieses vorstehenden Körpers, etwas fibröses Gewebe von seiner vorderen Fläche zum Annulus inguinalis internus. Beim Durchschneiden erkannte man in dem genannten Körper den rechten in eine krebsige Masse entarteten Testikel. Die Neubildung sammt Hoden hatte alle Eigenschaften eines Fungus haematodes, war in der Hauptmasse glatt und derb und erhielt ausserdem mehrere kleine Cysten.“ (Münchener med. Wochenschr. 1887, Nr. 31.)

Der vierte Fall (Butjagin) betraf einen 49jährigen Banquier, der 2 Jahre bevor er unter ärztliche Beobachtung kam, Blutharnen und später eine Geschwulst am Halse und schnell wachsende weitere Geschwülste an anderen Stellen bekam.

Ein Vierteljahr nach Beginn der ärztlichen Beobachtung starb der Patient. „Die Sektion ergab ausser anderen grossen Geschwulstknoten im Leibe eine solche, welche den der Harnblase anliegenden Hoden einnahm und welche die Blase drückte. Diese Geschwulst stellte Butjagin auf Grund klinischer und anatomischer Erwägungen als die ursprüngliche hin. An der Stelle der Vorsteherdrüse fand sich wohl Neubildung (Sarkom), aber keine Spur von Prostatagewebe. Butjagin führte diesen Mangel darauf zurück, dass nicht nur der eine Hoden durch Geschwulstbildung zerstört, sondern auch der andere atrophisch war.“ (Chir. Annalen 1895, pag. 390.)

Diesen im Vergleich zu den 64 maligne entarteten Leistenhoden seltenen 4 Fällen von meist sarkomatös entarteten Abdominalhoden reiht sich als fünfte folgende Beobachtung an, welche im Jahre 1897 im Elisabeth-Krankenhause zu Berlin gemacht wurde.

Cornelius G., 45 Jahre alt, Schneider, Ende Juni 1897 ins Krankenhaus aufgenommen, giebt an, stets schwächlich und

mager gewesen zu sein, eine wesentliche Abmagerung an sich selbst nicht bemerkt zu haben. Ausser an Kinder-Krankheiten sei er im Jahre 1878 an Typhus erkrankt gewesen. Seit mehreren Jahren leide er an Appetit- und Schlaflosigkeit. Seine Hauptklage sei eine seit 7 Jahren bestehende Neigung zur Verstopfung, der er bis vor einem Vierteljahr durch tägliche Anwendung von Lavements habe abhelfen können. Seit dieser Zeit hätten aber letztere nichts mehr genützt; erst nach Einnehmen kräftiger Abführmittel sei Stuhlgang erfolgt. Anfang April 1897 seien tiefsitzende Schmerzen im Unterleibe aufgetreten zugleich mit dem Gefühl der Beängstigung, stärkerer Verstopfung, häufigem Urindrang und Brennen beim Wasserlassen. Seit 14 Tagen sei fast kein Stuhlgang mehr erfolgt, eine Steigerung aller Beschwerden eingetreten, dazu Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite. Erst jetzt habe Patient eine Stelle am Unterleibe bemerkt, welche sich derber anfühlte, ohne dass sie bei Berührung schmerzhaft gewesen wäre. Ferner giebt er an, er sei seit $1\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet, habe aber keine Kinder. Er habe zwar den Coitus ausgeübt, doch habe er keine wollüstigen Empfindungen dabei gehabt. Erectionen seien ausser der Zeit nicht eingetreten.

Patient ist ein mittelgrosser, schwächlich gebauter, magerer. blasser Mann von verhältnissmässig älterem und leidendem Aussehen und schwach entwickelter Musculatur. Puls, Atmung und Temperatur zeigen nichts Besonderes. Herz, Lunge und Nieren sind frei. Die Untersuchung des Unterleibes ergiebt folgenden Befund: Der Hodensack ist unentwickelt. Der rechte Hoden liegt an dem äusseren Leistenring im Leistenkanal und ist leicht druckempfindlich, ziemlich weich und nicht vergrössert. Der linke Hoden ist garnicht fühlbar. Der linke Leistenkanal ist frei. Hinter der Symphyse fühlt man einen im Becken unverrückbar festsitzenden, etwa handbreit über der Symphyse hervorragenden, harten, kindkopfgrossen Tumor, scheinbar von glatter Oberfläche. Die Bauchhaut ist darüber verschieblich und von normalem Aussehen. Bei der Digitaluntersuchung per rectum stösst man vor dem Rectum auf eine etwas knollige, nicht abgrenzbare, harte Geschwulstmasse. Das Rectum selbst scheint frei zu sein.

Die Diagnose wird auf maligne Entartung des in der Bauchhöhle retinirten Hodens gestellt.

Am 30. VI. erfolgt die Operation in Narkose: Laparotomie und Exstirpation des Tumors. Nachdem die Bauchdecken durch einen Längsschnitt in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse geöffnet sind, erblickt man den Tumor, der hinter der Symphyse tief in das Becken hineinreicht und an ausgedehnten Flächen mit seiner Umgebung, verschiedenen Darmschlingen, Netz und Blase, verwachsen ist. Wegen der Grösse des Tumors wird noch ein zweiter Schnitt nach rechts hin rechtwinklig gegen den ersten angelegt. Die Verwachsungen lassen sich langsam stumpf lösen. An der linken Seite bleibt der Tumor an einem etwas über stricknadeldickem Strange hängen, welcher nach dem Blasenhalse hinzieht und sich als Vas deferens mit den Samenstranggefässen erweist. Derselbe wird unterbunden und durchschnitten. Der Tumor ist gelöst. In der Tiefe des kleinen Beckens sieht und fühlt man mehrere verschieden grosse, harte Knollen, anscheinend Metastasen. Es folgt Schleiertamponade der Höhle, da die Stellen der Adhäsionen etwas bluten, und Naht des oberen Teiles der Wunde. Am 1. VII. wird der grosse Tampon mit dem Schleier entfernt und lockere Tamponade mit Jodoformgaze angelegt.

Die Heilung der Wunde nimmt zunächst einen fieberlosen Verlauf. Patient klagt über geringe Schmerzen, hat Stuhlgang nach Einlauf und leidlich guten Appetit und Schlaf. Am 15. VII. ist die Tamponade plötzlich von Urin durchtränkt. Patient giebt an, dass er bemerkt habe, wie beim Drängen der Urin über die Bauchhaut liefe. Ein Theil Urin wird durch die Urethra entleert; dieser ist blutig gefärbt. Von der Wundöffnung aus wird schräg nach dem Fundus der Blase zu ein Drain eingelegt: der Urin entleert sich darauf teils durch den Drain, teils durch die Urethra. Im Urin finden sich bei der mikroskopischen Untersuchung ausser roten Blutkörperchen zahlreiche Rundzellen, welche in Übereinstimmung mit dem Ergebniss der unten näher erwähnten mikroskopischen Untersuchung des Tumors die Diagnose auf Sarkom bestätigen. Die Blasenfistel bleibt bis zum Tode des Patienten bestehen, welcher unter allmählich zunehmen-

der Kachexie infolge von Recidiven am 14. IX. 97 seinem Leiden erliegt.

Bei der Section findet man das kleine Becken und darüber hinaus bis zur Höhe der Spin. iliac. antt. inff. auch das grosse Becken ausgefüllt von einer teilweise höckerigen, ziemlich festen Geschwulstmasse, welche die Beckenorgane einschliesslich des unteren Teiles des rechten Ureters von allen Seiten umgiebt. Das Netz ist mit der vorderen Oberfläche dieses Tumors verwachsen und mit einigen Metastasen besetzt. An den übrigen Organen sind solche nicht nachweisbar. Pankreas, Milz und Nieren stehen in keinem Zusammenhang mit der Geschwulst. Der rechte Ureter ist mässig erweitert. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind pigmentirt und geschwollen. Der rechte Hoden liegt im Leistenkanal nahe dem äusseren Leistenring; der linke Hoden ist weder im Scrotum noch in der Bauchhöhle zu finden.

Der bei der Operation entfernte Tumor hat im allgemeinen die Gestalt des Hodens und zeigt eine im ganzen glatte Oberfläche. An der unteren Seite sitzt der über hühnereigrosse knollige Nebenhoden platt auf, und an diesem hängt der abgeschnittene Teil des Vas deferens mit den Samenstranggefässen. Die Consistenz des Tumors ist im allgemeinen hart; nur an einzelnen Stellen ist derselbe weicher und giebt das Gefühl von Fluctuation. Das Gewicht beträgt 1020 g; der Längsumfang 43,5 cm, der Dickenumfang 35 cm. Der Nebenhoden hat eine Länge von 10 cm und eine grösste Breite von 5 cm.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors sowie eines Teiles des bei der Section entnommenen Recidives ergiebt: In einer schleimigen Grundsubstanz, neben welcher das Bindegewebe ziemlich stark entwickelt ist, sind zahlreiche grosse Zellen mit grossen Kernen und vereinzelte epithelähnliche Zellen eingebettet. Die reiche Entwickelung des Bindegewebes giebt an einzelnen Stellen ein dem Carcinom nicht unähnliches Bild. Einzelne der eingelagerten Zellen sind mit mehreren verschieden langen Protoplasmafortsätzen versehen. Nirgends ist aber eine Stelle nachweisbar, deren Aussehen auf das Vorhandensein von Samenkanälchen oder deren Resten mit Sicherheit deuten könnte.

Wenn aber auch die mikroskopische Untersuchung nicht den Beweis liefert, dass der Tumor vom Hoden ausgegangen ist, so berechtigen doch die anatomischen Verhältnisse, das Fehlen des linken Testikels, der nachweisbare rechtsseitige Kryptorchismus und die Gestalt des entfernten Tumors zur Annahme, dass es sich in unserem Falle um eine sarkomatöse Entartung eines linksseitigen Abdominalhodens handelt.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Rinne für die freundliche Ueberlassung des Materials sowie meinem hochverehrten damaligen Chef, Herrn Sanitäts-Rat Dr. J. Hofmeier zu Berlin für die gütige Unterstütung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.





Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Karl, Ernst Meiser, ev. Confession, am 13. März 1871 zu Jüterbog in der Provinz Brandenburg als Sohn des Kaufmanns C. E. Meiser. Meinen ersten Schulunterricht erhielt ich in der Mittelschule meiner Vaterstadt und besuchte darauf das städtische Gymnasium zu Wittenberg a. E. Ich verliess dasselbe Ostern 1892 mit dem Zeugnis der Reife, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich studierte in Kiel, München, Berlin und wieder in Kiel. Das Testamen physicum bestand ich am Schlusse des W.-S. 93/94 in Kiel. Ebenda beendete ich mein medizinisches Staatsexamen am 12. Febr. 97 und bestand am 13. Febr. 97 das Examen rigorosum. Von Mitte Februar 97 bis März 98 war ich Assistent an der inneren Abteilung des Elisabeth-Diakonissen- und Krankenhauses zu Berlin und bin seit Mitte März praktischer Arzt in Harsefeld (Hannover).



